Aus der Hals-Nasen-Ohren-Universitätsklinik
(Prof. Dr. von Eicken) der Charité, Berlin.

Retropharyngealabszess im Kindesalter

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des
Medizinischen Doktorgrades
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von
Hermann L. Brantl
aus Regensburg

Tag der Promotion: 15. Juni 1940.

Buchdruckerei Vitus Schäffer, Regensburg

M 144

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz
Referent: Doz. Dr. Schütz
Korreferent: Prof. Dr. von Eicken

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

In Dankbarkeit gewidmet
meinem Vater.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548011_0127

Retropharyngealabszesse im Kindesalter.

Bei Säuglingen und Kleinkindern kommt es oft im Gefolge von Entzündungen der Halslymphdrüsen zum akuten Retropharyngealabszess. Zumeist lokalisiert er sich im sogenannten Retrovisceralraum (Henke), welcher vor der Vorderfläche der Wirbelsäule gelegen, nach hinten von dem tiefen praevertebralen Blatt der Halsfascie und von vorne von der dünnen Fascia pharyngea begrenzt wird. Hier finden sich die typischen und konstanten Drüsen retropharyngealis-lateralis, beiderseits in Höhe des Atlas, gegen den Winkel der hinteren und seitlichen Schlundwandung zu. Von großer Bedeutung sind weiterhin sogenannte inkonstante Drüsen, die bei Kleinkindern und in den ersten Lebensjahren noch vorhanden sind. Sie sind nach der Mitte zu in den Lymphstrom der vorhergehenden eingeschaltet.

Vielfältig sind die Ursachen und Entstehungsarten des retropharyngealen Abszesses. Vorweg ist zu nehmen, die rein mechanische Schädigung der hinteren Pharynxwand, z. B. bei Eindringen von Fremdkörpern oder bei Entfernung derselben durch die Oesophagoskopie. Beobachtet wurden ferner Retropharyngealabszesse bei Wirbelsäulenverletzung.

Die Erkrankung der retropharyngealen Lymphdrüsen ist mit die Hauptentstehungsursache der Retropharyngealabszesse. Vor allem sind es die eingangs erwähnten inkonstanten medialen Drüsen des Kindesalters, die akut vereitern, ausgehend von einer Lymphadenitis. In vielen Fällen sind auch die typischen lateralen Drüsen Sitz der Erkrankung.

Diese Drüsen haben ihr Quellgebiet in dem hinteren und oberen Rachen, ferner in der seitlichen Rachenwand bis zur Tubenöffnung, dazu das Naseninnere, die Tuben und Tubenschleimhaut. So ist es begreiflich, daß Erkrankungen in diesem Lymphstromgebiet, wie etwa Rhinitis oder Rhinopharyngitis, Angina retronasalis, Tubenkatarrh und Coryza syphilitica, Tuberkulose die Ursache einer solchen Lymphadenitis darstellen. Bei Säuglingen und Kleinkindern spielen natürlich Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern, Grippe und Erysipel, mit ihrer Beteiligung des Nasenrachenraums eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Wenn wir von den Erkrankungen der Lymphdrüsen sprechen, so ist nicht zu vergessen die Lymphdrüsentuberkulose, vielleicht ausgehend von einer Rachenmandeltuberkulose, denn diese retropharyngealen Drüsen sind doch die erste Etappe in der Lymphbahn ventralwärts. Bei Erwachsenen handelt es sich dann meist um kalte Abszesse, entstanden aus der Vereiterung tuberkulöser Drüsen. Da anzunehmen ist, daß die medialen Drüsen im zunehmenden Alter verkümmern, betrifft die Erkrankung nur die glandulae retropharyngii. Diese kalten Abszesse gleiten dem Schweregesetz zufolge nach unten zwischen die Muskelinterstitien und gelangen so in den Retropharyngealraum. Es sind dies besonders die kalten Abszesse oder Kongestionsabszesse, infolge einer eitrigen Erkrankung der obersten Halswirbel, einer Spondylitis tuberkulosa.

Eine weitere Entstehungsursache stellt die eitrige Entzündung des Mittelohrs dar. Früher wurden diese Zusammenhänge wenig beachtet, erst die neuere Zeit bringt eine große Anzahl von Fällen, sodaß es sich keineswegs wie man früher annahm um ein seltenes Vorkommnis handelt. Bezold noch glaubte, daß Retropharyngealabszesse nur bei akuten Otitiden vorkämen, dagegen wurden Retropharyngealabszesse vielfach bei chronischen Otitiden beobachtet, wenn auch in geringerer Anzahl. Meist werden davon nur ältere Kinder und Erwachsene betroffen, selten natürlich Kleinkinder. Und zwar wird wieder der eingangs erwähnte Lymphweg be-

schritten, da anzunehmen ist, daß der Lymphstrom des Mittelohres und der Tube über den des Retropharyngealraumes geht. Jedoch sind die auf anatomischen Wegen fortschreitenden Senkungsabszesse vielfach häufiger als die metastatischen. 1915 erschien eine amerikanische Arbeit, welche an Hand von 60 Fälle die Wege aufzeigt wie sich die Abszesse fortbewegen können. (Mc. Kenzie, Handbuch Denker-Kahler, Band 3, Retropharyngealabsz.)

1. Durch das Felsenbein,
2. Von einem Abszess der mittleren Schädelgrube zur Spitze des Felsenbeins und von dort durch das Foramen lacerum zur extrakraniellen Seite des Felsenbeins und von hier aus zum Pharynx.
3. Vom Warzenfortsatz zur Suboccipitalregion und von hier aus zum Pharynx.
4. Von einem Extraduralabszess der hinteren Schädelgrube indirekt zur Suboccipitalregion und weiter zum Pharynx.
5. Ausbreitung im peritubären Gewebe und längs der Tube, dann zum retropharyngealen Raum. Kofler beobachtete auch ein Durchbrechen der Retropharyngealabszesse nach dem äußeren Gehörgang.

Interessant ist vielleicht noch zu erwähnen, daß eine Anzahl Autoren das Auftreten von Retropharyngealabszessen jahreszeitlich gebunden, beobachtet haben. So sahen Schmitz, Neumann, Gautier, gehäufte Fälle im Februar, März, September, Oktober, sodaß fast von einem endemischen Charakter gesprochen werden kann. Die Kurven decken sich auffällig mit denen der Anfälligkeit für Infektionskrankheiten des Respirationstraktes für Kinder (Mc. Lean und von Hofe).

Bei fast allen Retropharyngealabszessen wurden Streptokokken als Erreger gefunden, außer bei tuberkulösen Retropharyngealabszessen.

Mannigfach sind die Erscheinungen, welche im Verlauf des Krankheitsbildes aufzutreten pflegen. Angefangen von der einfachen Lymphdrüsenschwellung zu Schling- und Atembeschwerden, Nahrungsverweigerung, stellten sie sich mit

solcher Regelmäßigkeit ein, daß aus ihrem Vorhandensein schon sehr viel für die Diagnose gewonnen werden kann.

Sehr wesentlich ist die Palpation. Man tastet seitlich der Mittellinie, nahe dem Winkel der seitlichen Rachenwand eine fluktuierende, etwas harte erbsen- bis bohnengroße Anschwellung.

Kurz erwähnt sei auch hier noch die Veränderung der Atmung. Durch ihre Verlegung durch den Abszess wird sie geräuschvoll, rasselnd und sägend. Weiterhin bedingt durch die veränderten Resonanzverhältnisse bekommt die Stimme einen gedeckten und klosigen Klang. Dies alles sind Symptome und Alarmzeichen, welche den Erfahrenen sofort an einen Retropharyngealabszess denken lassen.

Zur weiteren Klärung der Diagnose gehört auch das Röntgenbild des Retropharyngealraumes. In gut ausgebildeten Fällen der Erkrankung erkennt man einen deutlichen, halbkugeligen Schatten direkt vor der Wirbelsäule.

Gefahren beim Retropharyngealabszess ergeben sich vor allem aus dem beschleunigten Marasmus, besonders für das Kleinkind, durch den oft tagelang anhaltenden Nahrungsmangel. Wie schon oben erwähnt ist vor allem die Atmung verändert und bedroht. Kollaterale Oedeme des Kehlkopfs und Spasmus glottidis sind im Verein mit einem plötzlichen Platzen des Abszesses und Überschwemmen der Luftwege mit Eiter keine seltenen Komplikationen, welchen oft genug die kleinen Patienten erliegen.

Eine weitere ernste Gefahr bildet die Senkung der Abszesse ins hintere Mediastinum, eine sich daran anschließende Pleuritis und Pericarditis, denn Retrovisceralraum und hinteres Mediastinum stellen einen zusammenhängenden Raum dar. Die Arrosion großer Gefäße dürfte wohl eine Seltenheit sein. Selbst Gehirnerscheinungen (Konvulsionen) sind beobachtet worden und Bokai kann von drei Fällen von Facialisparese berichten.

Prognostisch ist der Retropharyngealabszess zweifelhaft nur dann, wenn er nicht erkannt und behandelt wird, wegen der sich daran anschließenden Komplikationen. Bokai be-

richtet uns von 129 Fällen von idiopathischen Retropharyngealabszessen mit nur 5 Todesfällen. Wesentlich schlechter gestaltet sich die Prognose beim Senkungsabszess infolge tuberkulöser Wirbelcaries. Tritt auch hier keine Behinderung der Atmung auf, so führt doch die Natur des Leidens und der dauernde Marasmus zu einem ungünstigen Ausgang.

Um ein umfassendes Gesamtbild des Retropharyngealabszesses zu geben, möchte ich noch kurz auf die Terapie desselben hinweisen.

Die Eröffnung des Abszesses ist wohl die beste und weitverbreiteste Methode, um mit einem Male allen drohenden Komplikationen das Wasser abzugraben. Sobald der Abszess erkannt ist, hat sie zu erfolgen. Wie die Eröffnung zu geschehen hat, ob von innen oder von außen oder am hängenden Kopf, hängt doch mehr oder minder von der Gepflogenheit des Operateurs und vor allem auch von dem Sitz des Abszesses ab.

Zum Abschluß des Krankheitsbildes soll noch die sogenannte Synkope bei Säuglingen Erwähnung finden, welche hin und wieder bei plötzlicher Entleerung des großen Eitersackes auftritt und durch eine Vaguslähmung herbeigeführt wird. Broca berichtet von einem Fall: ein dreiwöchentlicher Säugling mit bestehendem Retropharyngealabszess wurde operiert und dabei die Zunge etwas zu stark nach unten gedrückt. Der Abszess entleerte sich spontan. Die anschließende Tracheotomie war ohne Erfolg.

Diesem kurzen Überblick über das Krankheitsbild des Retropharyngealabszesses und seines klinischen Verlaufes lassen wir nun einige markante Vergleichsbilder folgen aus der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Charité (Prof. Dr. von Eicken, Berlin).

1. Irmgard B., 13 Jahre. (15. 5. 1933)

Anamnese: Normalgeburt, Kinderkrankheiten: Masern, Scharlach, Keuchhusten, Windpocken. Vom 6. Lebensjahr an häufig eitrige Halsdrüsenentzündungen.

Seit 14 Tagen nun bestehen links Halsschmerzen. Vor 10 Tagen zum erstenmal Schluckbeschwerden und leichte Behinderung der Atmung, das Kind schnarchte in den letzten Tagen. Während anfangs die Temperatur nur gering erhöht war, stieg sie in den letzten 4 Tagen auf 39,5°.

Befund: Blasses und etwas angstvoll aussehendes Mädchen in normalem A. Z. und E. Z.

Ohren o. B. Nase o. B.

Mund und Rachen: Linke Tonsille etwas gerötet und verdickt. Die hintere Rachenwand an dieser Seite ist ebenfalls verdickt, gerötet und vorgewölbt. Die Vorwölbung reicht etwa bis zum proc. piriformis. Im Kieferwinkel finden sich einige druckschmerzhafte Drüsen. Die Vorwölbung fluktuiert und fühlt sich teigig an.

Diagnose: Retropharyngealabszess links.

Therapie: Am 16. 5. Incision der vorgewölbten Rachenwand, Entleerung von reichlichem Eiter.

17. 5. Nochmalige Spreizung der Incisionswunde, es entleert sich noch reichlich Eiter.

18. 5. Temperaturabfall und Besserung des Allgemeinbefindens.

22. 5. Entlassung nach komplikationsloser Heilung.

Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergibt stark haemolysierende Streptokokken.

2. Horst N., $4^3/_4$ Jahre. (1. 11. 1935)

Anamnese: Normalgeburt, keine Kinderkrankheiten. Seit ungefähr 4 Wochen dauernd erhöhte Temperaturen bis zu 40°. Eßunlust und Darniederliegen des Allgemeinbefindens.

Seit 14 Tagen fällt der Mutter eine Schwellung an beiden Seiten des Halses auf. Weil das Kind unruhig schläft und jede Nahrung verweigert, sucht sie den Arzt auf.

Befund: Junge in leidlich gutem A. Z. und E. Z.
Ohren: o. B. Nase: o. B.

Mund und Rachen: Hypertrophie der Gaumentonsille links, ferner besteht eine Hypertrophie der Rachenmandel. Am auffälligsten ist die Vorwölbung der linken Pharyngealwand, welche durch Inspektion und Palpation ganz genau lokalisiert werden kann. Ferner bestehen druckschmerzhafte Drüsen zu beiden Seiten der Sternocleidomastoidei. Sehr sinnfällig ist auch noch die Schiefhaltung des Kopfes nach der linken Seite.

Therapie: Am 3. 11., dem Tag nach der Aufnahme des Kindes, erfolgte die Spontanentleerung des Abszesses und damit zugleich ein Abfall der Temperatur. Das Kind kann bereits schlucken.
5. 11. Die Schwellung der Tonsillen ist zurückgegangen. Das Kind kann entlassen werden.

3. Hannelore H. $3^1/_2$ Jahre. (30. 11. 37)

Anamnese: Normalgeburt, keine Kinderkrankheiten. Kind klagt seit 10 Tagen über Halsschmerzen und Schmerzen beim Schlucken. Die Temperatur betrug 37,9—39°. Wegen zunehmender Schmerzen Unruhe bei Nacht, Einlieferung ins Krankenhaus.

Befund: blasses Mädchen in mäßigem E. Z. und A. Z.
Ohren: o. B. Nase: o. B.

Mund und Rachen: Kinderfaustgroße Vorwölbung der Rachenhinterwand, besonders rechts und von fluktuierender Konsistenz. Ferner bestehen kirschgroße, druckempfindliche Drüsen an beiden Kieferwinkeln.

Therapie: Die Operation erfolgt im Chloräthylrausch und zwar am hängenden Kopf. Aus dem Abszess entleert sich reichlich grüngelber Eiter. Im Anschluß daran noch einige Tage Spreizung der Incisionswunde mittels Kornzange. Nach 14 Tagen Entlassung.

4. Herrmann H., 14 Monate. (29. 11. 1933)

Anamnese: Normalgeburt, keine Kinderkrankheiten. Vor 3 Wochen Drüsenschwellung an der rechten Halsseite

und leichte Temperaturerhöhung (38 Grad). In den letzten 3 Tagen bekam der Junge höheres Fieber und vor allem war die Atmung behindert mit einem leicht schnarchenden Unterton.

Befund: Kräftiges Kind in gutem A. Z. und K. Z.
Ohren: o. B. Nase: o. B.

Mund und Rachen: Starke Vorwölbung der hinteren linken Pharynxwand mit deutlicher Fluktuation.

Therapie: Es erfolgt die Incision am hängenden Kopf ohne Narkose. Es entleert sich ungefähr ein Eßlöffel gelbgrüner Eiter. Anschließend mehrmaliges Spreizen mit der Kornzange.

Im Röntgenbild erkennt man eine deutliche Verschleierung des Retropharyngealraumes. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergibt vorwiegend haemolysierende Streptokokken.

Nach einigen Tagen Entlassung mit vollständiger Wiederherstellung des Allgemeinbefindens.

5. Dieter R., Alter: 1 Jahr. (28. 10. 1936)

Anamnese: Normalgeburt, keine Kinderkrankheiten. Seit 14 Tagen besteht Fieber und starkes Krankheitsgefühl. Das Kind will nichts mehr essen und ist in der Atmung behindert. Es wird vom Facharzt mit der Diagnose Retropharyngealabszess eingewiesen.

Befund: Blasses Kind, jedoch ausreichender A. Z. und E. Z.
Ohren: o. B. Nase: o. B.

Mund und Rachen: Tonsillen nicht verändert. Rechts hinten Rachenwand vorgewölbt, mit deutlicher Fluktuation. Drüsen sind nicht tastbar.

Röntgenaufnahme: Deutliche Verbreiterung des Spatium praevertebrale.

Therapie: Am 29. 10. erfolgt im Chloräthylrausch die Punktion der vorgewölbten Rachenhinterwand am hängenden Kopf.

Das Ergebnis ist gelbgrünlicher Eiter (Streptokokken mit beginnender Haemolyse). Anschließend Incision und Entleerung von einem Teelöffel Eiter. Spreizung mit der

Kornzange und Nachdrücken an der äußeren seitlichen Halspartie. Dann Eiskravatte. Nach 3 Tagen Entlassung.
Haemogramm: 4,19 Millionen Erythrozyten, 14900 Leucozyten davon: 4 % Eosinophyle, 4 % Stabkörnige, 45 % Segmentkörnige, 30,5 % Lymphozyten und 7,5 % Monozyten.

6. Helga R, 2 Jahre. (22. 3. 1933)

Anamnese: Spontangeburt, keine Kinderkrankheiten. Das Kind befindet sich seit 10 Tagen in einer weinerlichen Stimmung, es klagt über Halsschmerzen. Die Temperatur betrug 38,5°.

Befund: Ohren: o. B.
Nase: Stark wässrige Sekretion.

Mund und Rachen: Medial vom rechten hinteren Gaumenbogen, Vorwölbung der hinteren Rachenwand sowie deutliche Fluktuation derselben. Das Kind schont den Kopf bei der Bewegung.

Therapie: Incision vom Munde aus in fixierter sitzender Haltung. Entleerung einer ziemlich reichlichen Eitermenge. Anschließend Eiskravatte. Nach einigen Tagen wird das Kind gesund entlassen.

Die 6 eben angeführten Fälle zeigten in ihrem Symptomenbild und Verlauf eine große Ähnlichkeit und entsprechen ganz und gar dem normalen Ablauf dieser Krankheit. Es waren dies vor allem Kleinkinder bei denen eine andere Ätiologie als die der Lymphadenitis selten auftritt. Die nächste große Gruppe der Entstehungsart der Retropharyngealabszesse ist die im Gefolge einer Mittelohraffektion. Ferner sollen auch aus der Literatur einige Fälle aufgezeigt werden.

7. Christel B., 3 1/2 Jahre. (3. 1. 1935)

Anamnese: Normalgeburt, keine Kinderkrankheiten. Im Sommer 1932 beiderseitige Halsdrüsenentzündung. Jetzt Dezember 1935 erkrankte die Patientin mit Ohrenschmerzen links und starker Eiterung dieses Ohres. Die Temperatur stieg bis 39 Grad. Kein Erbrechen, kein Schüttelfrost. Leichte Schluckschmerzen.

Befund: Linkes Ohr: Die Warzenfortsatzspitze ist stark druckempfindlich. Es befindet sich massenhaft Eiter im Gehörgang. Das Trommelfell verdickt, gerötet und läßt keine Einzelheit erkennen. Stark vorgewölbt, besonders von oben her.

Rechtes Ohr: Kein Druckschmerz des Warzenfortsatzes, reichliche Sekretion. Zitze von oben her.

Nase: o. B.

Mund und Rachen: Schwellung der hinteren Pharynxwand, die fluktuiert. Bei der Probepunktion kein Eiter.

Therapie: Am 4. 1. Antrotomie rechts in typischer Weise. Nach Abheben des Periosts sieht man die Durchbruchstelle auf dem Planum und in Höhe der Spina. Mit der Sonde ist die Knochenfistel bis zum Antrum zu verfolgen. Ausgeprägtes Zellsystem besonders nach dem Jochbogen. Alle Zellen werden ausgeräumt und die hintere Gehörgangswand etwas niederer gemacht. Sinus und Dura nicht verändert.

16. 1 Inzwischen haben die Schluckbeschwerden und Halsschmerzen zugenommen und es besteht eine ziemlich große, fluktuierende Geschwulst an der hinteren Pharynxwand links. Das Abszeß wird gespalten, es entleert sich eine Menge Eiter. Die seitliche Halsaufnahme läßt eine Veränderung der Halswirbelsäule nicht erkennen.

26. 1. Bei mehrmaligem Spreitzen der Incisionswunde entleert sich reichlich Eiter.

30. 1. Entlassung.

Bakteriologische Untersuchung des Eiters des subperiostalen Abszesses. Blutplatte steril. Im Retropharyngealabszess stark haemolysierende Streptokokken. Tuberkelbazillen nicht gefunden.

8. Hans R., 1 Jahr. (6. 5. 1933)

Anamnese: Normalgeburt, keine Kinderkrankheit.

Am 24. 2. wegen hohen Fiebers und Ohrenschmerzen in ein Kreiskrankenhaus eingeliefert. Kurz darauf erfolgte heftige Eiterung aus dem rechten Ohr. Bald

darauf eiterte das linke Ohr und zwar ziemlich heftig. Am 26. 3. in ambulante Behandlung entlassen. Nach einigen Tagen ziemlich harte anscheinend schmerzlose Schwellung im linken Kieferwinkel. Zugleich bestand Behinderung des Schluckens und Atmens, ferner Röcheln im Schlaf. Deshalb abermalige Einlieferung in das Kreiskrankenhaus, wo die Kieferwinkeldrüse incidiert wurde. 4 Tage später kam das Kind in unsere Klinik.

Befund: Mäßiger A. Z. und E. Z.

Ohren: hinter und unterhalb des linken Ohres eine von der Spitze des Warzenfortsatzes bis zum Kieferwinkel reichende circa 4 cm lange, schmierig belegte Incisionswunde. Im linken äußeren Gehörgang eitriges Sekret. Linkes Trommelfell gerötet und hinten oben vorgewölbt. Im rechten Trommelfell Narbe.

Mund und Rachen: Die hintere linke Rachenwand gerötet und kugelig vorgewölbt, sodaß man den Eindruck einer stark hypertrophierten linken Tonsille hat.

Am 8. 5. erfolgt die Incision des Retropharyngealabszesses vom Munde aus, es entleert sich reichlich dünnflüssiger Eiter.

10. 5. Aus der vorher angelegten Incisionswunde noch Eiter.

11. 5. Trommelfell links noch diffus gerötet und vorgewölbt.

18. 5. Gutes Allgemeinbefinden.

26. 5. Temperatur normal. Entlassung.

Der Drüseneiter enthielt Streptokokken. Das Punktat des Retropharyngealabszesses haemolysierende Streptokokken.

Alle Symptome und Krankheitserscheinungen sowie die Zeitfolge der Erkrankung der einzelnen Abschnitte, weisen darauf hin, daß es sich um Retropharyngealabszesse otogenen Ursprungs handelt. Dazu hören wir einige Literaturberichte.

I. Talpis bespricht die im Verlauf einer Mastoiditis auftretenden Retropharyngealabszesse sowie deren Entstehungswege.

1. Lymphweg vom Ohr zum retropharyngealen Gebiet.

2. Unmittelbare Eitersenkwege.
   a) Vom meatus externus und dem musculus digastricus entlang in das die Glandula parotis umgebende Zellgewebe und von da in das maxillare Gebiet und dann pharyngeal in das retropharyngeale Gebiet.
   b) selten den großen Gefäßen und Nervensträngen entlang.
   c) durch das Zellgewebe und die Tube Eustachiae bei Erkrankung der perilabyrintären pneumatischen Zellen.
   d) otogene Wirbelcaries.
3. Blutweg.

II. Kawamoto berichtet von einem ungewöhnlichen Fall von otogenem Retropharyngealabszess.
Der Patient wurde operiert wegen Mastoiditis acuta und Retropharyngealabszess. Bei der Operation entdeckt man eine Perforation an der vorderen, knöchernen, äußeren Gehörgangswand, daraus quoll dicker Eiter. Beim Drücken auf die Pharynxwand wurde die Eiterentleerung noch profuser. Die Sonde konnte man 4 cm nach vorne, medial und unten durchführen. Vielleicht handelt es sich um eine Ossifikationslücke, welche in der Jugend häufig vorhanden sind und einen locus minoris restistentiae darstellen. Verfasser meint, der Eiter sei dann in dem mit lockerem Gewebe erfüllten periglandulären Raum in den Retropharyngealraum gesunken.

III. Bei Haymann finden wir einen Hinweis auf die große Seltenheit der otogenen Retropharyngealabszesse. Das Vorkommen etwa in 0,7 % der Fälle. Auf seine operativ behandelten Fälle von Mastioditis treffen nur 3 Beobachtungen. Halbseitiger Kopfschmerz und Schwellung im Bereich der seitlichen Halswand lassen an einen Retropharyngealabszess otogenen Ursprungs denken. Er empfiehlt dann entsprechende Behandlung (Eröffnung, Radicaloperation, wobei meist massenhaft Eiter aus der Tubengegend kommt). Meist handle es sich um ein

Empyem in den pneumatischen Zellen der knöchernen Tube und der Pyramidenspitze, so kommt es dann zum Durchbruch in den Rachen.

Pearlman brachte in der Chicagoer laryngologischen Gesellschaft einen Bericht über otogene Retropharyngealabszesse. Sie seien sehr selten. Ihr Weg führt vom äußeren Gehörgang, von der mittleren und hinteren Schädelgrube oder vom Mittelohr aus auf dem Lymphwege zum Pharynx. In der Aussprache zu diesem Thema werden anatomische Defekte in der Fissura glasseri erwähnt. Man will sogar eine Nekrose des Felsenbeines gesehen haben. Ferner wird ein Fall vorgetragen, wo im Gefolge eines Extraduralabszesses nach Mastoiditis ein Retropharyngealabszess aufgetreten ist und ein Fall bei dem nach Spülung des Ohres Wasser aus der Abszesshöhle lief.

Ferner ein Bericht von Harada Sakuro in der japanischen Literatur über otogenen Retropharyngealabszess. Bei der Operation stinkender Eiter im Antrum, der Sinus war stark belegt. Der Eiter hatte sich gesetzt und sank 2,5 cm nach vorne unten entlang dem Sinus. Durch die Schluckbewegung ist ein Eiterausfluß aus der Fistel bedingt, die dann mit dem Retropharyngealraum in Verbindung steht. Oesophagus und Kehlkopf sind nach vorne gedrückt. Kehlkopf ödematös verändert. Unter der Rachentonsille dicker Eiter. 2 Tage nach der Operation erfolgt ein Fieberanstieg. Exitus.

Eine weitere Entstehungsursache von retropharyngealen Abszessen stellen die Fremdkörper, sowohl bei ihrer Aspiration, als auch bei ihrer Entfernung aus Trachea und Oesophagus dar. Meist handelt es sich dabei um spitze Gegenstände, Knochen, Nadeln, Gebißteile und ähnliches mehr.

9. Ernst G., 4 Jahre. (14. 2. 1934)

Anamnese: Normalgeburt, Kinderkrankheiten: Masern.

Am 13. 2. verschluckte das Kind mittags 1 Uhr ein Knochenstück. Es hat bald darauf Blut gespuckt und wie die Eltern angaben, habe das Kind eine beträchtliche Menge Blut geschluckt. Gegen Abend desselben

Tages traten dann noch starke Schluckbeschwerden auf. Das Kind wird tags darauf zur Klinik gebracht.

14. 2. Entfernung eines 2,5 cm langen, scharfkantigen Gänseknochens, in Schwebelaryngoskopie. Der Knochen saß tief eingekeilt im Speiseröhreneingang. Vor der Extraktion wurde eine seitliche Halsaufnahme angefertigt, welche eine geringe Verbreiterung des praevertebralen Gewebes ergab.

15. 2. Fine weitere Kontrollaufnahme zeigt das Weiterbestehen der Verbreiterung des praevertebralen Gewebes. Das Kind fühlt sich vollkommen wohl. Es wird auf Grund der Aufnahme noch nicht entlassen.

18. 2. Eine weitere Aufnahme zeigt das Fortbestehen des anfangs ermittelten Befundes. Das Kind, das bis heute relativ wieder gut schlingen konnte, bekommt zunehmende Schmerzen beim Schluckakt.

19. 2. Auf der heute angefertigten, seitlichen Halsaufnahme erkennt man eine mächtige Verbreiterung des praevertebralen Gewebes in Höhe des Kehlkopfes. Die Temperatur steigt am selben Abend noch auf 39 Grad. Ein Eingehen auf den ohne Zweifel entstandenen Retropharyngealabszess erscheint angezeigt und zwar von außen.

Operation: Nach Anlegen eines circa 7 cm langen Schnittes in Richtung des inneren Randes des linken sternocleidomastoideus, wird derselbe freipräpariert bis zur Kreuzung mit dem musc. omohyoideus, dann Durchtrennung des letzteren. Am inneren Rand des sternocleidos geht man in die Tiefe. Die Schilddrüse ist ziemlich hoch gelagert. Medial der großen Halsgefäße geht man bis zur Wirbelsäule vor. Mitten durch das Operationsfeld zieht die Arteria thyreoidea, dieselbe wird doppelt unterbunden und durchtrennt. Etwas unterhalb, in Kehlkopfhöhe, wird im praevertebralen Raum der Abszess eröffnet und entleert. Die Wunde mit Jodoformgazetampons angefüllt und im oberen Abschnitt einige Nähte angelegt. Der untere Teil wird offengelassen.

21. 2. Ein Tampon wird herausgenommen und die Wundränder aneinandergehalten. Das Kind bekommt Milch zu trinken. Dabei kann kein Durchtritt der Flüssigkeit nach der Wundhöhle festgestellt werden. Anschließend Tamponade und Verband.

22. 2. Das Kind wird rectal ernährt und klagt über sehr großen Durst.

23. 2. Temperaturabfall zur Norm. Es wird nur Flüssigkeit als Nahrung verabreicht. Schmerzen beim Schlucken bestehen nicht mehr. Das Allgemeinbefinden ist gut.

26. 2. Plötzlicher Temperaturanstieg auf 40,5°, wobei das Allgemeinbefinden kaum beeinträchtigt wird. Eine pathologische Wundsekretion war beim täglichen Verbandswechsel nicht zu bemerken.

Heute zum erstenmal stärkere Wundsekretion, auch klagt das Kind zum erstenmal seit 6 Tagen über Schmerzen beim Schlucken. Die Wunde wird ausgedehnt revidiert, es ist jedoch keine größere Eiteransammlung zu entdecken.

27. 2. Beim Verbandswechsel wird nichts Auffälliges festgestellt. Die Temperatur sinkt im Laufe des Nachmittags auf 38,2 Grad ab. Das Befinden des Kindes ist unverändert gut. Die Schmerzen beim Schluckakt sind zurückgegangen. Es wird noch immer flüssige Kost gegeben.

9 3. Seit dem 27. 2. hat das Kind immer noch hoch gefiebert mit einigen septischen Spitzen bis zu 39 Grad. Eine wiederholte interne Untersuchung bringt keine Aufklärung für die Temperaturveränderung. Auffallend ist lediglich, daß das Kind den Kopf etwas steif hält. Schluckschmerzen sind gänzlich verschwunden. Anschließend plötzlicher Temperaturabfall, nur der Kopf wird etwas steif gehalten. Wiederholte Diphtherieabstriche waren negativ.

15. 3. Heute nach vollständiger Gesundung entlassen.

Etwas ähnliches enthält der Bericht von Swietens. Ein 7jähriges Kind verschluckte eine Nähnadel. Bei der Aufnahme entdeckte man sie in Höhe des 5ten Halswirbels, eingespießt in die Pharynxschleimhaut. Bei der Extraktion

derselben gleitet sie in den Oesophagus und geht später via naturales ab. 2 Wochen nach der Extraktion bekommt das Kind hochgradige Dyspnoe, sodaß es nottracheotomiert werden muß. Es stellten sich Dysphagie und Fieber ein. Man entschließt sich zu einer Incision an der linken Halsseite und entleert einen inzwischen entstandenen Retropharyngealabszess. Darauf erfolgt Heilung.

Einen weiteren Fall dieser Art berichtet Henry Smith. Es handelt sich um einen Fall von Fremdkörper im Oesophagus. Einige Zeit nach der Entfernung des Fremdkörpers stellt sich Fieber und zunehmende Dysphagie ein. Es hatte sich im obersten Teil des Oesophagus ein Retropharyngealabszess gebildet, nach Incision desselben erfolgte die Heilung.

Wie sehr die frühe röntgendiagnostische Behandlung bei dieser Art der Entstehung der Retropharyngealabszesse am Platze ist, betont Biering in einer Abhandlung dieser Fälle. Möglichst gleich nach der Schädigung der Pharynxschleimhaut soll die Aufnahme angefertigt werden, da die Umgebung des lädierten Gewebes Luft enthält und dann leicht zu erkennen ist. Von 3 Fällen seiner Praxis hat er damit bei 2 schnelle Heilung erzielt.

E. Wessely gibt uns einen Fall bekannt, wo nach Fremdkörperschädigung des Pharynx, ein Retropharyngealabszess auftrat.

Ein 11 Jahre altes Kind hat einen Knochen verschluckt. Die Röntgenaufnahme ergibt einen kleinen Knochen links. Im Ätherrausch wird er aus dem linken Sinus piriformis extrahiert. Die Temperatur steigt einige Tage daraut bis zu 39°. Es besteht neben Dysphagie ein intensiver Druckschmerz der linken Gefäßscheidengegend. Nachdem dieses und das retropharyngeale Gebiet freigelegt wurde, konnte ein ziemlich großer Abszess abgelassen werden. Darnach Heilung.

Kô Schonlang, schließlich berichtet noch über einen Fall von Retropharyngealabszess mit letalem Ausgang.

Ein 54jähriger Mann bekam nach Steckenbleiben einer Fischgräte einen Retropharyngealabszess. Trotz wiederholter

Incision kommt derselbe nicht zur Ausheilung Anschließend kam eine Pneumonie hinzu, welche letal endete.

Erwähnung verdient ferner ein Fall, beschrieben von Sewell.

Patient verschluckte einen Hühnerknochen und konnte die nächste Zeit keine festen Speisen, flüssige nur zur Not schlucken. Der Fremdkörper war so nicht zu finden. In der hinteren Rachenwand, im unteren Teil bestand eine starke Schwellung, ebenso im Kehlkopf in der Arygegend. Beim Druck rechts empfand er nach links einen stechenden Schmerz. Die Röntgenaufnahme ergab einen kleinen Knochen in der hinteren Rachenwand, die stark vorgewölbt war, in Höhe des sechsten Halswirbels. In der Nacht hustete der Patient den Knochen und dabei zugleich eine Menge Eiter aus. Der Abszess heilte von selbst aus.

Mit Köstler und William wollen wir also noch einmal auf die Fremdkörper hinweisen, die sehr oft die Ursache von Retropharyngealabszessen bilden können. Sie dringen entweder penetrierend von außen, oder werden, was häufiger der Fall zu sein scheint, mit der Nahrung aufgenommen, in den Pharynx ein. Das Röntgenbild leistet dabei gute Dienste. Es zeigt die Schwellung der hinteren Rachenwand und Kompressionen von Luft- und Speisewege auf.

Nach diesen beiden Hauptentstehungsursachen des Retropharyngealabszesses, abgesehen von seiner Entstehung aus Halsdrüsenaffektionen und tuberkulösen Infekten, wollen wir einige interessante Krankengeschichten aus unserer Patientenreihe aufführen.

10. Gerda B., 21 Jahre. (5. 7. 1936)

Anamnese: Vater starb mit 59 Jahren an Schlaganfall. Als Kind Masern, sonst nie krank gewesen. In der Nacht vom 31. 6. zum 1. 7. bekam Pat. sehr starke Halsschmerzen. In den nächsten Tagen waren die Schmerzen derart, daß sie dauernd unter Morphium gehalten werden mußte.

Befund: Sehr guter A. Z. und K. Z., etwas adipös, Pat. stöhnt vor Schmerzen.

Ohren: o. B.

Nase: Septumdeviation nach links. Schleimig eitriges Sekret im mittleren Nasengang.

Rachen: Diffus gerötet, die rechte hintere Rachenwand stark kugelig vorgewölbt. Der Kehlkopf o. B. Die Temperatur beträgt 37,4 Grad. Der Puls 117 in der Minute.

Therapie und Verlauf: Die Punktion der vorgewölbten Rachenwand ergibt dicken Eiter. Darauf hin wird der Abszess vom Munde her gespalten. Es entleert sich eine beträchtliche Menge Eiter. Eisblase.

Wegen der Nasensekretion Nasennebenhöhlenaufnahme: o. B.

18. 7. Die Abszesshöhle wird mehrmals gespreizt, es entleert sich gelbgrüner Eiter.

19. 7. Es erfolgt heute ein plötzlicher Temperaturanstieg auf 39,6 Grad, Puls 120 in der Minute. Die ganze Halspartie vor dem rechten Sternocleidomastoideus ist äußerst druckschmerzhaft Eine Operation scheint angeraten.

20. 7. Etwa 8 cm langer Schnitt an der rechten Halsseite. Dann wird vor dem Sternocleidomastoideus in die Tiefe gegangen und die großen Halsgefäße beiseite geschoben. In der Tiefe stößt man vor und unmittelbar neben der Wirbelsäule auf einen großen Abszess. Er wird breit von oben nach unten gespalten. Der Abszess reicht fast bis zum letzten Halswirbel herab. Aus der Wundhöhle entleert sich reichlich Eiter. Einlegen eines Gummidrain und Tamponade. Feuchter Verband.

22. 7. Temperatur 38,4 Grad. Das Allgemeinbefinden sehr gut. Der Abszess wird wiederholt gespreizt, es entleert sich reichlich Eiter. Täglich Verbandswechsel. Die Temperatur bleibt normal.

23. 7. Der Abszess heilt unter Granulationsbildung gut aus.

1. 8. Rasche Wundheilung.

10. 8. Entlassung.

Hämogramme: 20. 7. 4 Mill. Erythrozyten, 18500 Leukozyten, davon: 1 % Eosinophile, Jugendformen 3 %,

Stabkörnige 25%, Segmentkörnige 46%, Lymphozyten 16%, Monozyten 9%.

23. 7. 3,7 Mill. Erythrozyten, 5600 Leukozyten, davon: 1% Basophile, 2% Eosinophile, 11% Stabkörnige, 53% Segmentkörnige, 27% Lymphozyten, 6% Monozyten.

Ein weiterer interessanter Fall, besonders in seinem Verlauf.

11. Heinz B., 17 Jahre. (14. 1. 1938)

Anamnese: Als Kind Masern und Scharlach. Mit 10 Jahren Diphtherie. 1937 Herniotomie links.

Am 10. 1. 38 unterzog sich Patient einer Operation wegen einer linksseitigen Hydrocele. Am Abend nach der Operation treten Temperaturerhöhung und klonische Zuckungen auf. Patient wird wegen Meningitisverdacht auf die Nervenklinik verlegt. Die sofort vorgenommene Lumbalpunktion ergab keinen pathologischen Befund.

Seit 4 Tagen bestehen Schluckbeschwerden, die bald an Intensität zunehmen, sodaß Patient nur mehr flüssige Kost zu sich nehmen kann. Die Temperatur wechselt zwischen 39 und 40 Grad. Jedoch kein Schüttelfrost.

Befund: Etwas reduzierter Allgemeinzustand. Blasse Hautfarbe. Zunge stark belegt, keine Kieferklemme, sehr starker Foetor ex ore. Klosige Sprache.

Ohren: o. B.

Nase: Deviatio septi nach rechts. Schleim und Eiter im mittleren und unteren Nasengang.

Mund und Rachen: Man entdeckt sofort rechts eine kugelige Vorwölbung, welche die Choanalöffnung einengt. In der Gaumengegend ist die Schleimhaut gelockert und gerötet. Starker Druckschmerz der rechten seitlichen Rachenwand entlang, sowie in der Zungengrundgegend außen und innen. Es besteht eine Lymphadenitis der Kieferwinkel- und Kieferhalsdrüsen. Die hintere Rachenwand bedeckt reichlich Schleim. Die Vena Jugularis ist sehr druckschmerzhaft.

Röntgen: Die Nasennebenhöhlenaufnahme ergibt eine inten-

sive Verschattung der rechten Kieferhöhle. Die seitliche Halsaufnahme zeigt eine wolkige Trübung der retropharyngealen Gegend vor der oberen Halswirbelsäule.

19. 1. Die Schwellung der Gaumengrenze ist zurückgegangen. Die Röntgenkontrolle ergibt einen unveränderten Befund.

22. 1. Die Temperatur normal. Die Schluckbeschwerden sind verschwunden.

Mund und Rachen: Leichte ödematöse Schwellung der Rachenhinterwand und vorderen Gaumengegend. Die Druckschmerzhaftigkeit hat nachgelassen.

24. 1. Kontrollaufnahme: Die Schwellung des retropharyngealen Weichteilabschnittes ist weg.

28. 1. Der Patient fühlt sich wohl und wird entlassen. Die Therapie war tägliche Leinsamenumschläge und Kopflichtbäder.

Haemogramm: 18. 1. 18000 Leukozyten, davon: 1 % Eosinophile. Jugdl. 1 %, 17 % Stabkörnige, 67 % Segmentkörnige, 9 % Lymphozyten, 5 % Monozyten. MSR. 28/55.

Als auffallend mag bei diesem Fall die Heftigkeit der Anfangssymptome wirken. Die cerebralen Erscheinungen, welche durchaus nach Denker, zum Symptomenkomplex der Krankheit zu rechnen sind, stehen hier im Vordergrund. Ferner ist zu erwähnen, der an sich gutartige Verlauf, sodaß man mit konservativen Mitteln zum Ziele gelangen konnte.

12. Heinz B., 5 Jahre. (1. 6. 1935)

Anamnese: Spotangeburt: Mit 4 Jahren Masern Patient war vor 3 Wochen beim Dentisten. Es wurde ihm aus der unteren Zahnreihe ein Zahn extrahiert. Darauf erfolgte eine kolossale Anschwellung der rechten Backe. 4 Tage nach der Zahnextraktion bildete sich ein „Kiefer- und Halsabszess", aus dem sich nach Eröffnung und zwar vom Munde aus reichlich Eiter entleert haben soll. Temperatur 38,5 Grad. In weiteren 4 Tagen stellten sich Schluckbeschwerden ein. Das Kind schnarchte nachts und verweigert jede Nahrungsaufnahme. Er

wird mit warmen Umschlägen behandelt und nimmt nur flüssige Kost an Seit 29 5. kommt starker, eitriger Ausfluß aus beiden Nasenhöhlen. Das Kind klagt besonders über Stirnkopfschmerz und besonders über dem linken Auge.

Am 2. 6. hat sich eine rote Schwellung um das linke Auge gebildet.

Befund: mäßiger A. Z. und K. Z.

Ohren: o. B.

Nase: In beiden Nasenöffnungen gelber Schleim

Mund und Rachen: Die linke Tonsille etwas vorgebuchtet. Rechte Tonsille erscheint klein. Dahinter ist die Rachenwand stark vorgewölbt und diffus gerötet.

Reichlich Schleim an der hinteren Rachenwand.

Zähne: Am Unterkiefer rechts ist der erste Molar vorn stark von einer tiefroten Gingiva überwulstet. Am Hals derbe und druckschmerzhafte Drüsenpakete in der Gegend des rechten Kieferwinkels.

2. 6. Es erfolgt in Lokalanaesthesie die Eröffnung der retropharyngealen Schwellung rechts. Auf der Höhe der Vorwölbung Stichincision und folgende Erweiterung mittels der Kornzange.

11. 6. Besserung und Entlassung.

Mikroskopisch ergab der Eiter überwiegend Mischbakterien und Staphylokokken.

Man hat den Eindruck, als ob der primäre Herd in dem erkrankten Zahn zu suchen wäre und es im weiteren Verlauf zu einer absteigenden Infektion gekommen ist.

Diese letzten Fälle im Verein mit den erstgenannten der otogenen Ätiologie sowie der Retropharyngealabszesse verursacht durch Fremdkörper, lassen erkennen, daß es eine reiche Fülle von Entstehungsmomenten für den retropharyngealen Abszess gibt. Die Kinder sind sehr gefährdet und wie wir gleich aus der Literatur belegen können, ist dies auch die Meinung zahlreicher Autoren. Wenn auch der ideopathische Abszess bei weitem im Vordergrund steht, so muß doch damit gerechnet werden, daß zahlreiche Er-

krankungen der oberen Luft- und Verdauungswege den Weg bahnen zu einem solchen Abszess, ja oft die unmittelbare Ursache desselben sind. Die vielen Infektionskrankheiten, die das Kindesalter bevorzugen, haben mit einen Hauptanteil und bereiten den Boden vor, für eine solche Eiterung.

Fast 75% sämtlich vorkommender retropharyngealer Abszesse befallen das Kleinkindesalter bis zu 3 Jahren. Die Ursache liegt in der nahen nachbarschaftlichen Beziehung von Nebenhöhlen, Ohren, Tubengegend und Nasenrachenraum zum retropharyngealen Raum beim Kinde. Nicht unbedeutend wird der Abfluß des Lymphstromes aus diesen Gegenden sein, der gerade in den lateral-retropharyngealen Drüsen seine erste Filterstation hat Die inkonstanten und mittleren Drüsen, welche im späteren Kindesalter verkümmern, sind in diesen Lymphstrom eingeschaltet und werden, da sie ja so wie so bald verkümmern, dem Andrang der Krankheitserreger aus Nase, Ohr und Rachen oft erliegen. Sie erkranken, vereitern und aus dieser so entstandenen Lymphadenitis ließe sich ein Großteil der gerade das junge Kleinkind bis 3 Jahren befallende Retropharyngealabszesse erklären.

Barnett berichtet uns: Ausgehend von der Feststellung, daß bei Kindern die Diagnose oft schlecht gestellt werden kann, da vielfach Diphtherie und Otitiden angenommen werden, kommt er zu der Feststellung, daß einseitige Halsdrüsenschwellungen und Kopfhaltung nach der gesunden Seite als suspect anzusehen seien. Von seinen 10 untersuchten Fällen waren davon 9 Kinder unter 5 Jahren. Auch Brown bestätigt diese Tatsache und führt an, daß 96% der vorkommenden Retropharyngealabszesse in den ersten 6 Lebensjahren auftreten, davon 50% in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres.

Pearson kam zum gleichen Ergebnis; von 74 Fällen waren 70 Kinder unter 10 Jahren.

Ich möchte mich diesen Ergebnissen anschließen, unter den 12 von mir angeführten und gesammelten Fällen be-

finden sich 8 Kinder unter 5 Jahren. Diejenigen mit Lymphadenitis als Ätiologie sind ausnahmslos Kleinkinder.

Barrio Souchi in seiner klinischen Betrachtung über den retropharyngealen Abszess: Unter anderem schreibt er, daß der retropharyngeale Abszess im Kindesalter weit häufiger vorkommt, als im allgemeinen angenommen wird. Manch plötzliche Erstickung ist seine Folge. Er geht aus von den Quilleteschen Drüsen, die zwischen tunica fibrosa des Pharynx und der Aponeurosis praevertebralis ihren Sitz haben. Sie werden infiziert im Laufe einer Rhinitis oder Adenoitis. Eruptives Fieber mag oft die Ursache darstellen, z. B. beim Scharlach und dabei vereitern sie schnell. Der Symptomenkomplex ist ausgezeichnet durch Fieber, Dysphagie und Atembehinderung. Wenn diese Dreiheit auftritt, dann immer an Retropharyngealabszess denken.

Einige seltene Fälle sollen an dieser Stelle noch Erwähnung finden, zeigen sie doch die Mannigfaltigkeit dieses Krankheitsbildes mit all seinen weitgreifenden Komplikationen und variierenden Erscheinungsformen.

Kincyler Mihàly, erwähnt einen retropharyngealen Abszess, bei einem 2 Wochen alten Säugling, ausgehend von einer Pneumokokkenosteomyelitis der Nackenwirbel. Es traten dabei Lähmungserscheinungen der beiden oberen Extremitäten auf. Der Abszess wurde geöffnet. Das Kind starb an einer Bronchopneumonie.

Amerikanische Forscher warnen vor einer frühzeitigen Eröffnung des Abszesses besonders beim Kleinkind. Wie an einigen Beispielen erwiesen werden konnte, trat Sepsis ein. Sie erwähnen einen Fall, bei dem der Tod durch Verblutung eintrat nach Eröffnung des Abszesses. Ein Arzt öffnete den Abszess mit dem Fingernagel und verletzte die Carotis interna. „Mit einem Schwall Blut hauchte das Kind sein Leben aus".

Einzigartig ist der Fall, den uns Hofmann berichtet. Ein 7 Monate altes Kind zeigte eine erhebliche Schwellung der Mandel und der dahinterliegenden Pharynxwand. Temperatur 40,3 Grad. Am äußeren Hals bestand eine faust-

große Schwellung. Im rechten Ohr war blutiges Sekret. Bei der Incision des Tumors kam ebenfalls blutiges Sekret zum Vorschein. Die Vermutung einer Fistel lag nahe, was sich auch bestätigte in Form einer vorderen Gehörgangswandfistel. Eine heftige Blutung aus dem rechten Ohr war die Folge. Exitus.

Es bestand ein Retropharyngealabszess, in dessen Höhle sich ein erbsengroßes Aneurysma der Arteria carotis interna befand, welches in den Abszess perforierte.

Ein Wort über die möglicherweise beim Retropharyngealabszess auftretenden Komplikationen. Sie sind nicht so selten und müssen daher hier erwähnt werden. Tödlicher Ausgang kann erfolgen durch plötzlichen spontanen Tod, oder der Tod erfolgt kurz vorher oder nach der Incision. Weiterhin Tod, wenn der Abszess in den Larynx durchbricht oder Tod durch Haemorrhagie. Der Durchbruch kann erfolgen in das Mediastinum, in den Schlund von außen und innen oder in den Gehörgang. An weiteren Komplikationen sind zu erwähnen: Die Fascialislähmung, Pyämie, Septikämie, Thrombose der Jugularis interna, Pneumonie, Lungenabszess und Glottisödem. Der Vollständigheit halber sei gesagt, daß die Incision, Fluktuation des vermeintlichen Abszesses voraussetzt, ferner soll der Abszess vollkommen entleert werden, was bei multilokulärer Anlage nicht einfach ist.

Zusammenfassend wollen wir festhalten, daß der retropharyngeale Abszess in seiner akuten Form das frühe Kindesalter heimsucht. In seiner Lokalisation, ob medial oder lateral, das heißt, ausgehend von den inkonstanten medialen Drüsen oder den konstanten lateralen Drüsen, neigt man dazu, sich für den medialen Ursprungsherd des Abszesses bei Kleinkindern zu entscheiden. Der wahrscheinliche Grund ist darin zu suchen, daß hier ein Locus minoris resistentiae vorliegt, von dem aus die Abszesse ihren Ausgang nehmen.

Als befürwortend mag hier die große Anfälligkeit gerade dieses Alters gelten, welches leicht jeder Infektion zum Opfer fällt. Und gerade diese Drüsen als Einfallstore vieler

katarrhalischer Infekte im Verlauf der sogenannten Kinderkrankheiten, werden gerne in schwerste Mitleidenschaft gezogen. Bei meinen angeführten Fällen konnte ich feststellen, daß die Mehrzahl der Eitererreger haemolysierende Streptokokken waren, was insofern zum Nachdenken veranlaßt, als auch beim Scharlach der Erreger der Streptokokkus haemolyticus heißt und Scharlach zu den Kinderkrankheiten zu rechnen ist. Man könnte sich denken, daß bei der sogenannten Scharlachangina massenhaft Keime unsere in Frage kommenden Drüsen überschwemmen und so die Erklärung darstellen für den Streptokokkus haemolyticus im retropharyngealen Abszess des Kleinkindes.

Unsere Feststellung liegt darin, daß der akute ideopathische retropharyngeale Abszess im wesentlichen Kleinkinder befällt. Die Fälle, die im späteren Kindesalter oder bei Erwachsenen auftreten, haben ihre Entstehung otogen, sei es daß Fisteln durch mangelhafte Anlage bestehen oder Nekrosen und Fissuren in Knochen sich gebildet haben. Die Fremdkörper, die von außen als auch von innen eine Schädigung der Pharynxwand setzen können, bilden einen Großteil der Entstehungsursachen, die auch das Kleinkind betreffen können, z. B. durch mütterlichen Finger im Mund des Säuglings oder Spielsachen, die das Kind in den Mund nimmt.

Die weiteren Entstehungsarten fallen gegenüber diesen ätiologischen Gruppen nicht ins Gewicht und werden stets Einzelfälle darstellen.

Literaturangabe.

Americ. J. med. Sci. 177, 767—778.

Barnett: Retropharyngealabszess Journ. of the Michigan State med. soc. Bd. 29, Nr. 3, S. 150

Barrio, Souchy: Klinische Betr. zum Retropharyngealabszess. Pediatr. espan 19, 261—265.

Biering: Verhandl. der dän. radiol. Gesellschaft 1925, S. 62—63 Retropharyngealabszesse nach Oesophagusverletzung.

Bokai Joh.: Über Retropharyngealabszess bei Kindern usw. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Bd. 10, S. 108, 1876

Brooks: Laryngoscope 4, 670—686 (1931) Acuter Retropharyngealabszess.

Denker und Kobl: Die Krankheiten der Luftwege und der Mundhöhle, III. Teil, Handbuch der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Gautier: Des Abscès rétropharyngiens idiopathiques, Genf 1869

Harade, Sakuro: Otologia etc. 1, 69—70 (1928) Otogener Retropharyngealabszess.

Haymore L.: Zur Kenntnis der otogenen Retropharyngealabszesse. Z Laryng. 18, 204—209.

Hofmann: Wiener Laryng. rhinol. Gesellschaft, 5. 3. 1927

Kô Schonlang: Ein Fall von Retropharyngealabszess mit letalem Ausgang. Z. Laryng. 19, 372—375 (1930)

Kawamoto: Iber. Kuraschicki 8, 227—232 (1933)

Kincyler, Michael: Ein seltener Fall von Retropharyngealabszess. Orv. Hetil. 1931 I, 187—188 (Ungarisch).

Köstler: Laryngoscope, 4, 568—576 (1931)

Mc. Lean u. van Hofe: Amerc. journ. of the med. science Fol. 169, p. 583, 1925

Neumann: Zur Kenntnis der akuten idiopathischen Entzündungen der retropharyngealen und tiefen oberen cervicalen Lymphdrüsen, Arch. f. Kinderheilkunde, Bd 15, S. 339

Pearlmann: Chicago Laryng. and otol. Sac. 4. III. 1929 otogener Retropharyngealabszess.

Rosenquist, Knud: Retropharyngealabszess (Pediatr. Serv. Brooklyn Hosp. Brooklyn. J. Pediatr. 4, 764 773 (1934)

Schmitz: Der idiopathische Retropharyngealabszess der zwei ersten Lebensjahre, Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 6, S 283.

Sewell, D. Sindley: Brit. med. I. Nr. 3546, 1135
Retropharyngealabszess infolge eines Fremdkörpers im Hypopharynx.
Smith, Henry: Long Island, med. journ., Bd. 21, Nr. 8
Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus mit Retropharyngealabszess.
Von Swieten: Fremdkörper und Retropharyngealabszesse. Otorhinolaryngol. internat., Bd. 12, Nr. 1, S. 27—28
Talpis: Die otogenen Retropharyngealabszesse, Russkaja, oto-Laryngologica, Archiv 1, S. 49
E. Wessely: Fremdkörper im Recessus piriformis.
Wiener laryng. Gesellschaft 1925.

Lebenslauf.

Am 29. Oktober 1913 wurde ich, Hermann Brantl, in Niedertraubling bei Regensburg geboren.

Nach 5jährigem Besuch der Volksschule und 9jähriger Mittelschulausbildung an der Oberrealschule in Regensburg, studierte ich zunächst 7 Semester an der Maximilians-Universität in München. Die letzten 4 Semester meines medizinischen Studiums verbrachte ich an der Med. Akademie in Düsseldorf, wo ich am 30. 11. 1938 vor dem örtlichen Prüfungsausschuß mein Staatsexamen ablegte.

Das praktische Jahr leistete ich am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg und an der Hals-Nasen-Ohren-Universitätsklinik der Charité in Berlin ab.

Zur Zeit bin ich als Unterarzt bei der Wehrmacht tätig.

Hermann Brantl.